



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Wenn die Geburt zu früh beginnt

Krähenmann, F ; Siegrist-Läuchli, M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-108820>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Krähenmann, F; Siegrist-Läuchli, M (2014). Wenn die Geburt zu früh beginnt. Hausarzt Praxis, Vol. 9(11):16-18.



Vorzeitige Wehen *Contractions précoces*

Wenn die Geburt zu früh beginnt *Lorsque l'accouchement commence avant terme*

Franziska Krähenmann, Marcella Siegrist-Läuchli, Zürich

Vorzeitige Wehen sind ein Hinweis auf eine drohende Frühgeburtlichkeit. Um eine Frühgeburt zu verhindern, sind verschiedene Massnahmen möglich, unter anderem die Tokolyse. In der Praxis ist es sinnvoll, Risikofaktoren für eine Frühgeburt möglichst früh festzustellen und ihnen wenn möglich entgegenzuwirken. Dazu gehören die Behandlung von Infektionskrankheiten und die gute Einstellung von Erkrankungen der schwangeren Frau (Hypertonie, Diabetes etc.)

Des contractions précoces sont un signe d'une menace d'accouchement prématuré. Diverses mesures sont possibles pour prévenir une naissance prématurée, parmi elles la tokolyse. Dans la pratique, il est judicieux de recenser le plus tôt possible les facteurs de risque d'accouchement prématuré et de les prévenir lorsque cela est possible. Le traitement des maladies infectieuses et le contrôle adéquat des maladies de la femme enceinte (hypertension, diabète etc.) en font partie.

■ Die klinische Einschätzung von vorzeitigen Wehen ist nach wie vor schwierig. Wir stützen uns auf folgende Kriterien – im Wissen, dass Sensitivität und Spezifität nicht nachgewiesen sind:

- Regelmässige Wehentätigkeit,
- Schmerzhafte Wehen,
- \geq vier Wehen pro 20 Minuten.

Der eindeutige Beweis für eine Wehentätigkeit ist der Fortschritt der Geburt. Dieser Beweis kann in der Regel aber nicht abgewartet werden, denn wenn man die Muttermünds-eröffnende Wehentätigkeit abwartet, verpasst man allenfalls den rechtzeitigen Therapiestart für eine Wehenhemmung. Eine drohende Frühgeburt zwischen der 20. und Ende der 36. Schwangerschaftswoche ist wie folgt definiert:

- \geq Vier Wehen pro 20 Minuten und sonografische Zervixlänge < 20 mm.
- \geq Vier Wehen pro 20 Minuten und sonografische Zervixlänge zwischen 20 und 29 mm, aber mit positivem Fibronektin-Test.

Primärprävention

Es ist wichtig, ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburtlichkeit möglichst frühzeitig zu identifizieren. Das Risiko für vorzeitige Wehen wird durch verschiedene

Tab. 1: Risikofaktoren für eine Frühgeburt

Anamnestisch sind wichtig:

- Status nach Frühgeburt(en) resp. Spätabort(en)
- Status nach Konisation (vor allem eines steilen Konus)
- Kurzes Intervall seit der letzten Geburt
- Mütterliche Erkrankung (Diabetes mellitus, Hypertonie)
- Ungünstiger BMI
- Infektionserkrankung

In der aktuellen Schwangerschaft als Risikofaktor zu beachten:

- Vaginale Blutung
- Infektionen: Harnwegsinfekt, asymptomatische Bakteriurie, bakterielle Vaginose, Soor-Kolpitis, Streptokokken B-Kolonisation
- Sonografisch kurze Zervix
- Mehrlingsschwangerschaft
- Uterusfehlbildung



Credits online

Beantworten Sie die CME-Fragen online unter www.primemedic.ch

Faktoren beeinflusst (**Tab. 1**). Einer davon ist das Intervall nach einer Geburt bis zur nächsten Konzeption: Dieses sollte mindestens 18 Monate betragen, weniger als sechs Monate ist ungünstig. Das ideale mütterliche Alter liegt zwischen 20 und 35 Jahren. Bei der Anwendung von artifizieller Reproduktionstechnologie (ART) sollten Mehrlinge möglichst vermieden werden. Weitere vorbeugende Massnahmen sind ein normaler BMI, Rauchstopp, «Behandlung» der Armut (Ernährung, Hygiene etc.), die Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten vor der Schwangerschaft sowie der Verzicht auf illegale Drogen wie Kokain.

Die Supplementation von 800 mg/d Docosahexaensäure (DHA) führte in mehreren randomisierten Studien zur Verminderung der Frühgeburtlichkeit bei Nicht-Risikofrauen. Auch die Gabe von Magnesium per os zeigte indirekte günstige Effekte. Zu den Probiotika ist die Datenlage noch ungenügend. Die vaginale Applikation von Progesteron scheint die Morbidität und auch Mortalität der Kinder zu senken. Aktuell wird Progesteron bei zwei Indikationen einer Einlingsschwangerschaft eingesetzt: Status nach Frühgeburt und Zervixverkürzung (sonografisch gemessen) in der aktuellen Schwangerschaft.

Sekundärprävention

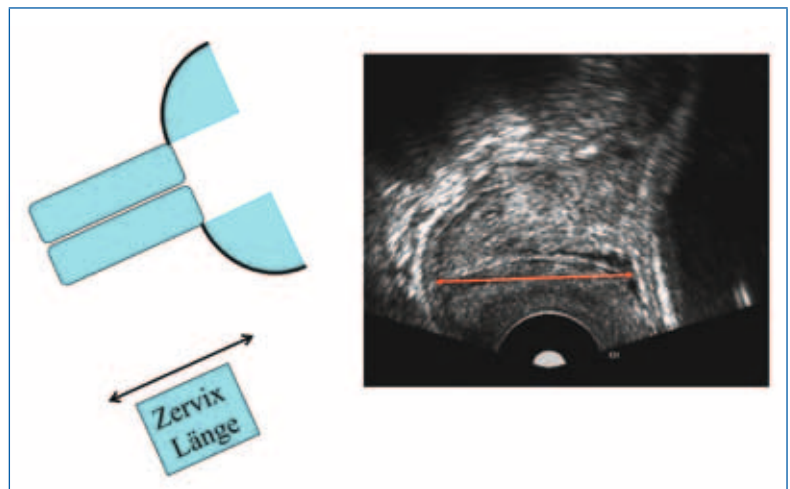
Zur Sekundärprävention wird ein Rauchstopp empfohlen. Ausserdem sollte die Schwangere keine körperlich strenge Arbeit verrichten (Nachtschicht). Eine körperliche Schonung in gewissem Mass ist sinnvoll, allerdings sind auch die Nachteile strenger Bettruhe wie Thrombosen, Demineralisation, kardiovaskuläre Dekonditionierung, Obstipation, Magenbrennen und verschlechterte Glukosetoleranz bekannt. Visiten zuhause durch eine Hebamme leisten vor allem emotionalen Support. Wöchentliche vaginale Untersuchungen haben keinen Frühgeburts-vermindernden Effekt gezeigt. Infekte der Urogenitalorgane sollten mit Antibiotika resp. Fungiziden behandelt werden. Die Therapie von Harnwegsinfekten, asymptomatischer Bakteriurie (>100 000 Keime/ml), bakterieller Vaginose, Candida-Kolpitis und Streptokokken B-Kolonisation bewirkt eine Verminderung der Frühgeburtlichkeit; für die Ureaplasmen ist die Datenlage kontrovers.

Zunehmende Bedeutung erhält die sonografische Zervixmessung (**Abb. 1**) mit den entsprechenden Interventionsmöglichkeiten: Progesterontherapie und Einlage eines Schwangerschaftspessars (**Abb. 2**). Die Anwendung eines Pessars ist simpel und zeigt einen günstigen Effekt bei Einlingsschwangerschaften. Vermutlich wirkt das Pessar durch die sakrale Ausrichtung der Zervix und dadurch, dass es durch Bildung eines Ödems weiteres Funneling (V-förmige Verkürzung der Zervix) verhindert. Das Ödem bildet auch eine Infektbarriere. Kontraktionen sind aber ein Ausschlusskriterium für das Applizieren eines Fremdkörpers: Vor Einsetzen eines Pessars müssen daher die Wehen gebremst werden.

Massnahmen bei drohender Frühgeburt

Bei drohender Frühgeburtlichkeit (vorzeitige Wehen oder Blasensprung) sollten die folgenden drei Fragen beantwortet werden:

Abb. 1: Zervixmessung



- Besteht eine Indikation zur Akuttokolyse (bis 33. Schwangerschaftswoche + 6/7 Tage)?
- Besteht eine Indikation zur Gabe von Kortikosteroiden zur fetalen Lungenreifung (bis 33. Schwangerschaftswoche + 6/7 Tage)?
- Soll die Schwangere in ein Perinatalzentrum verlegt werden?

Eine Übersicht, welche Untersuchungen bei vorzeitigen Wehen sinnvoll sind, zeigt **Tabelle 2**. Mögliche Interventionen sind die Gabe von niedrig dosiertem Aspirin bei entsprechendem Risiko (z.B. Status nach Präeklampsie), Docosahexaensäure und/oder vaginalem Progesteron bei Status nach Frühgeburt oder verkürzter Zervix in der aktuellen Schwangerschaft. Bei einer verkürzten Zervix sollte allenfalls auch die Einlage eines Cerclagepessars oder einer Cerclage evaluiert werden.



Abb. 2: Cerclage-Pessar nach Dr. Arabin: **A)** von oben, **B)** seitlich, **C)** in situ. (mit freundlicher Genehmigung von Dr. Birgit Arabin)

Tab. 2: Untersuchungen bei vorzeitigen Wehen

- Normale Schwangerschaftskontrollen
- Nativ mit Fragestellung Soor, bakterielle Vaginose
- Mikrobiologischer Abstrich: Streptokokken B-Kolonisation, allenfalls Gonokokken
- Urinstatus, Urinkultur
- Zervixmessung: Sinnvoll als Screening anlässlich des Organscreenings (20.–22. Schwangerschaftswoche) und bei vorzeitigen Wehen, sofern die Zervix nicht mehr derb, sakral und erhalten ist.
- Fibronektin-Test: In der Praxis unnötig, da andere Kriterien für Diagnose ausreichend sind.

Für die Wehenhemmung werden verschiedene Wirkstoffklassen eingesetzt: Beta-adrenerge Rezeptor-Agonisten, Oxytocin-Antagonisten, Kalziumblocker, Stickoxid-Donatoren, Prostaglandin-Synthetasehemmer, Magnesiumsulfat, und pflanzliche Mittel wie *Bryophyllum pinnatum*. Weil ein Kalziumblocker wie Nifedipin per os verabreicht werden kann, kommt dieser Wehenhemmer auch in der Praxis zum Einsatz. Es gibt bislang keine klare Evidenz für eine Langzeit-tokolyse, aber in der Praxis ergeben sich Einzelsituationen, in denen die Vorteile einer Langzeittokolyse möglicherweise die Nachteile überwiegen.



Dr. med. Franziska Krähenmann, FMH, IBCLC
Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich
franziska.kraehenmann@usz.ch



Dr. med. Marcella Siegrist-Läuchli, FMH
Facharzt-Praxis für Allgemeinmedizin
Dufourstrasse 29, 8008 Zürich

Weiterführende Literatur

- «Tokolyse bei vorzeitiger Wehentätigkeit», Expertenbrief 41 der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2013. http://sggg.ch/files/fckupload/file/2_Fachpersonen/Expertenbriefe/deutsch/41_Expertenbrief_2013.pdf

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Vorzeitige Wehen liegen vor bei regelmässiger Wehentätigkeit, schmerzhaften Wehen und \geq vier Wehen pro 20 Minuten.
- Bei drohender Frühgeburtlichkeit muss abgeklärt werden, ob Indikationen für eine Tokolyse resp. eine fetale Lungenreifeung vorliegen und ob die Schwangere in ein Perinatalzentrum verlegt werden soll.
- In der Praxis ist es wichtig, Risikofaktoren für eine Frühgeburtlichkeit möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

A RETENIR

- *Les contractions précoces se manifestent par un travail régulier, des contractions douloureuses et \geq quatre cycles de contractions en 20 minutes.*
- *En cas de menace d'accouchement prématuré il convient d'établir si les indications pour une tokolyse, en l'occurrence une maturité pulmonaire fœtale, sont réunies et si la femme enceinte doit être transportée dans une unité de périnatalogie.*
- *Dans la pratique, il est important d'identifier le plus tôt possible les facteurs de risque d'accouchement prématuré et de les traiter.*